

「患者中心」の医療という観念の欺瞞

朝 日 まどか

「患者中心」の医療という観念の欺瞞

Deception of Patient-Centered Medicine

朝 日 まどか

はじめに

近年、「患者中心の医療」、「患者主体の告知」、「患者主体の歯科医療」、「患者中心に考える看護援助」、「クライアント中心の作業療法」、「患者主体の訓練」、「患者主体の医療情報データベースシステム」、「患者主体の介護」と様々な医療分野で患者中心、また患者主体という言葉をよく耳にするようになった。

松繁（2010：1）は医療に関する議論の中で、「患者中心」という語が出てこないことの方がむしろ稀であるほど、患者本人の意思・価値基準を重視すべきであるとの認識が広がっていると述べている。

この概念は、いずれも患者を客体化し、操作の対象とするこれまでの実践の在り方を批判し、患者を主体として尊重すべきとする基本的な主張を持っている。しかしながら、果たしてそれらが主張する「患者中心」という設定が思惑通りに成功裏に進めることができるのかという疑問もある。本論文は、この問題状況に対して「患者中心」側の主張とそれらに何等かの疑問を呈する立場を概観する事によって、今後の専門職実践へ大きな影響を持つ筈の主張の問題構成を明らかにする一歩を目指すものである。先ず、本節では、各専門職領域で「患者中心」なる概念がどのように主張されているかを概観し、次節以下では、本概念を批判的に検討するための論点を明らかにし、最終的に本概念を本格的に検討するための問題構成を提示したい。なお、本論文で取り上げられる諸文献は、暫定的なものであることを断っておきたい。

患者中心の医療の実践としては、米良ら（2008）が神経性食欲不振症の症例に対する患者中心の医療の難しさを、藤村ら（2009）は睡眠覚醒障害の症例に対する Narrative Based Medicine と Evidence Based Medicine による患者中心の医療実践を報告している。また、松嶋ら（2008）や小泉（2010）はプライマリ・ケアにおける患者中心の医療の実践報告や患者中心のチーム医療等の教育の重要性について述べている。

歯科では、特にインプラント治療において患者中心の医療の重要性が叫ばれており、加藤ら（2009）は、ノーベルガイドシステムの Surgical Template を用いたインプラント治療は、外科的侵襲が少なく、術後の腫脹、疼痛が最小限であり、患者中心の治療方法として有用であると報告している。また、歯科の教育システムに関し患者中心の医療の必要性が述べられ、勝部ら（2012）が、問題志向型診療システムを基盤とした研修歯科医に対する教育システムを報告し、患者中心の「患者の期待に添った医療」「患者の権利を守る医療」への変遷を必要としている。菊池ら（2009）は、患者中心の包括的な歯周治療を行うために、口腔関連 QOL を客観的に評価

し、歯周炎患者の QOL が健常者群とのスコアに比べ有意に高い値を示し、QOL に問題があることが分かった。特に「痛み」、「食事・咀嚼」「心理的機能」に問題を抱えている傾向が認められ、口腔関連 QOL が臨床的・教育的に意義があるとの認識を示し、歯周炎患者の口腔関連 QOL の客観的な評価を行えることを示唆した。

看護では、アブデラら（1963：2、8-9）がこれまでの看護は、治療および診断中心の看護であり、患者のニーズにこたえるより、むしろ病院の必要を満たす方向におかれた看護教育制度であったことを反省している。問題の解決とは、患者のニーズを満足させることであると、患者中心の考え方に立った教育を推進している。また、1972年には、Newman と Young が患者問題への全人的アプローチについて述べている（スチュワート2002：31）。1981年には、スーザン・ランピーらにより開発された、患者の経過記録を系統的に記述する記述方法として、フォーカスチャータリングと呼ばれる記録方法を紹介している。これは、患者の現在の状態、目標に向かっての経過状況、治療・看護介入に対する反応を記録することに焦点が当てられ、問題志向型記録よりも「患者中心」の記録方法であると言われている（ランピー1997：9）。患者中心の看護を目指した実践報告として、小松ら（2006）は、乳がん患者に対しての患者中心のチーム医療の在り方について、患者と医療者が互いに学び、歩み寄り、協働し医療に取り組む姿勢の重要性を述べている。五十嵐ら（2000）は、患者中心の看護を提供するために、固定チームナーシングを導入し、導入における患者及び看護婦の満足度を調査している。個別性の尊重、家族へのケア、看護婦の姿勢、チーム内の連携、看護過程、信頼関係に関するアンケート調査を行い、全般的に患者の満足度は高く、看護婦の満足度はやや控えめな結果となっていた。

薬剤では、薬学教育において平成14年に「モデル・コアカリキュラム」が発表され、薬学教育が4年から6年に延長し、新しい教育が平成18年入学者から実施されている。そこで、これまで「モノ」中心であった薬学教育が、「ヒト」中心に視点を定めるという大きな転換を迫られている（平井2008：217）。また、平成23年より文部科学省の薬学教育モデル・コアカリキュラム改訂に関する専門研究委員会（第5回）の会議のなかで薬剤師に求められる基本的な10の資質（案）の一つに、患者中心の視点があげられている。

Wiedenmayer らは患者を中心とした医療における最初の課題は、変化する患者のニーズを見極め、応えてゆくことであり、薬剤師は、患者が自らの健康および治療を管理できるように、患者を会話に引き入れ、知識を伝え啓発することが出来るとしている。また、適切な根拠に基づいた情報を薬剤師は提供し、患者が得られた知識を正確に理解できるよう支援できる（Wiedenmayer 2006：23-24）。ある特定の治療法や投与計画の利益と害を患者が理解し、そしてその治療法などを受け入れ遵守することに関しては、患者の信念、価値観、好み、関心事、経済的状況が直接影響するため、個々の患者に適用できるかどうかの評価は、利益と害、患者自身の好みなどを考慮する必要がある（Wiedenmayer 2006：97）と述べている。

作業療法では、クライアントを中心におくことが、1980年代からカナダ作業療法士協会の哲学の一部となっており、最初のクライアント中心の作業療法の定義はLaw らによって提示され、1980年代初頭より、カナダの作業療法士は、クライアント中心の作業療法実践の定義と討論のリーダーとなってきた。カナダのクライアント中心の作業療法実践のためのガイドラインでは、クライアント中心の作業療法を次のように定義している。「個人、グループ、代理業、公共機関、会社等のクラ

イエントの作業の可能化をめざす協業的アプローチである。作業療法士は、クライアントを尊重し、意志決定にクライアントを参加させ、クライアントのニーズに合うように、クライアントと共にクライアントのための唱導 (advocate) し、そして一方クライアントの経験と知識を認識する」(Law2000:3-4)。カナダ作業療法士協会によって1997年に概念枠組みが示された「クライアント中心の作業療法」では、「対話型のインフォームド・コンセント」をめざすアプローチであり、「カナダ作業遂行測定：COPM：Canadian Occupational Performance Measure」を用い、クライアントにインタビューし、対話を通して「クライアントが重要でできるようになりたいと思っている作業」を明らかにし、優先順位を決め、その作業の可能化をめざすアプローチである (宮前2002)。カナダのクライアント中心の作業療法が日本に紹介されたのは1998年頃 (原田2003:184) であり、吉川ら (1998)、原田ら (2001)、吉田ら (2002)、高島ら (2003)、山内ら (2005)、大松ら (2006)、高木ら (2012) が実践報告をしている。

理学療法では平上 (2010) が、中堅の理学療法士に求められる臨床実践能力は3つあると考え、1つは急性期から回復期・維持期といった病気に応じた適切な対応力、2つめは医療から保健福祉までの幅広い領域で活躍できる実践力、3つめに、患者の意向や価値観を尊重した尊重した患者中心の質の高い理学療法をあげている。PTが今日の時代の要請にこたえていくためには、医学モデルと障害モデルとを合わせて活用できる能力が必要であり、医学モデルと障害モデルを結合させた新たな臨床実践モデル (PCM: Practical Clinical Model) を提案している。このPCMは、医学モデルである国際疾病分類 (ICD: International Classification of Diseases)、また障害モデルの国際生活機能分類 (ICF: Interna-

tional Classification of Functioning, Disability and Health) を結合させたものである。このPCMを機能させるためには、新しい患者中心の理学療法アプローチ (PCA: Patient-centred Approach) が必要であると述べ、ナラティブアプローチでの「傾聴」と「無知の姿勢」、および「共同製作」といった基本姿勢、慢性疾患の患者教育で有効とされるLEARNアプローチの基本姿勢である「行動変容」の考え方を参考に、(1) 傾聴、(2) 伝達、(3) 確認、(4) 推奨、(5) 検証の5段階からなる患者中心のアプローチを示している。

社会福祉では、鍵井 (2012:68-69) が医療機関におけるこれからの専門職チームの構築の必要性について述べ、チームというのは医療機関のためにあるものではなく、患者・家族を支援することを目的としたチームであることを認識し、患者を中心に考えた専門職チームを構築する重要性を指摘している。また、薬師寺らや古井は知的障害者に対する本人主体の支援やパーソン・センタード・プランニングについて研究している。薬師寺ら (2007:55) はグループホームに入居している知的障害者に対し、「本人主体を志向した支援」を行う上で、阻害要因や促進要因となるものは何か知的障害者グループホームの世話人を対象にグループ・ディスカッションを行っている。阻害要因は、世話人が＜グループホーム像の生成と思い込み＞および＜入居者像の生成と思い込み＞を含んだ＜うち流＞という独自の価値観によって＜「本人主体」を志向しない支援行為＞が起りやすく、特に職場がひとり職場であり、かつ入居者に知的障害があることが、より強化させることを指摘している。また、促進要因としては、世話人が自分の支援行為や影響力を自覚する機会を得ることによって、＜支援の自覚化＞が現れ、「本人主体」を志向した支援に展開する可能性があることを示唆している。

古井（2007：92）は、重度知的障害者の居住支援において、障害者の要望や希望を重視するパーソン・センタード・プランニングに基づき、重度者に活動への参加機会を設定し支援するアクティブサポートモデルを導入した。重度者の好きなことややりたいことに基づきニーズをアセスメントし活動や役割の設定を行い、支援することは、自分の力を発揮し生活実感をもって暮らすための支援過程であることが明らかとなった。

高畑（2010）は患者中心の医療の重要性が今日言われながらも、そのような教材が十分でないことを指摘し、患者会リーダーによる教科書作りを実践している。本は、患者1人1人が生活者の視点から、疾病体験での知恵と工夫を患者会として蓄積し、リーダーがそれを精査している。その後、患者と医療者が対等でフラットなパートナーシップ関係で作成し、「患者と作る医学の教科書」として出版されている。

以上のように、患者中心の医療は医師をはじめ、コメディカル分野でその重要性が叫ばれており、患者中心の医療の実践や教育が既に行われていることがわかる。これらの患者中心の医療からは、専門家は患者の立場に立ち、痛みや苦痛を伴わない治療をしようと努力することや患者の価値観などを会話から知ろうと傾聴すること、さらに医療者と患者がパートナー関係で共同し治療する関係がみえてくる。つまり、これまでの医療及びその関連領域における専門家のパターナリスティックな権威主義的な、支配的なあり方への反省に基づく専門家の患者への歩み寄りを意味しているかのように見える。

改めて、患者中心の医療を再考した際、「患者中心」の医療とはどのような医療を指し、また、「患者中心」の医療には何らかの定義があるのだろうか。さらに、患者と医療従事者、双方の意見が異なった場合、「患者中心」の医療では、どのように解決されるの

だろうか。

これらの疑問に答えるために、今回は患者中心の医療が叫ばれてきた背景や現状の一端を文献調査し、その概念もしくは考え方を明らかにすると共に問題の所在を整理することとする。

1. 「患者中心」の医療の普及背景

以上、各領域における「患者中心」という立場の主張の外観を見たわけであるが、このような主張が拡がり始めた背景として、どのようなものが見出されるかを、次に明らかにしたい。この時の鍵となるのは、医療の基本的な発想のモデル、つまり、主流としての「生物医学モデル」とそれへの批判的立場である。

スチュワート（2002：31）によれば、「患者中心の医療」という言葉は、Balint とその同僚により紹介された。Balint は、治療の場としてのプライマリケアの可能性に特別興味を抱き、1957年に“The Doctor, his Patient and the Illness”という著書を発表し、プライマリケアの仕事への詳細な理解が述べられている。プライマリケア医の診察を治療の一形態と考え、‘治療的効果をもつような相互の理解を用いて’傾聴し理解する能力を高めるようプライマリケアに求めた（ローナー2005：215）。Balint の示す患者中心の医療とは患者の話を傾聴し、互いに理解し合い治療効果をあげていくことであることが分かる。

疾患中心の思考に基づき理解することは、“伝統的診断”といわれ、患者中心の思考に基づいて患者の訴えを理解することは“全体的診断”といわれた（スチュワート2002：31）。

“伝統的診断”は生物医学モデルにより“disease”を診断し、“全体的診断”は患者中心モデルによって“illness”を診断している。これまでの医療は生物医学モデルに偏重しすぎた疾患中心の思考であり、疾患を持った人間、病体験をしている人間を無視してきた（スチュ

表1 生物医学モデルと患者中心モデル

| 生物医学モデル | 患者中心モデル |
|---------------------|-------------|
| 疾患中心の医療 | 患者中心の医療 |
| 疾患中心の思考に基づく | 患者中心の思考に基づく |
| 伝統的診断 | 全体的診断 |
| disease | illness |
| 支配（専門職）と支配される（患者）関係 | パートナーシップ |

ワート2002：1）という反省をしている。またこれまでの診察は、父権温情主義（パターナリズム）や権威主義的（ローナー2005：195）であり、専門職と患者の関係は支配し支配される（受け身）という上下関係であった。その為、患者中心のアプローチではこれを反省し、パートナーシップという対等な関係性を目指した（表1）。

生物医学モデルから患者中心モデルへの転換の背景には、社会的・政治的な流れから、まず患者の声に耳を傾けようという歴史的な時期が訪れた（ローナー2005：195）と言われており、病いを体験している患者そのものを理解し、これまでの行き過ぎたアンバランスを回復させざるを得ない状況に医療が置かれていったことが分かる。

松繁（2010：6-7）は「患者中心の医療」の実現に向けての取り組みは、二つの潮流に大別できると述べている。

一つは、1991年にカナダの Mc Master 大学の G. Guyatt によって提唱され、世界各国の医療に影響を及ぼした、evidence based medicine（EBM：科学的根拠に基づく医療）の流れを汲み、それを「患者中心」へ結びつける発想から起きた'evidence-based patient choice'（EBPC：患者がエビデンスを理解した上での選択）である。EBPCは、基本的に医学上の「エビデンス」を双方が共有することが意思決定の主眼点となっている（松繁

2010：6-8）。

もう一つの流れは、ヨーロッパ・北米で基盤が形成され、今日、日本でも一部の医療機関が取り組みに着手している'patient partnership'（患者とのパートナーシップ構築）である。このアプローチの最大の特徴は、診療の場における患者と医師を対等な存在と位置づけている点であり、したがって、治療をめぐる意思決定は双方の意見交換により成立するものとして規定している点にある（松繁2010：6-7）。イギリスでは、'patient partnership'の確立を行政の重要課題として掲げ、医療サービスの質の向上を目指し、医療改革に着手した。改革に至る背景には、医療サービス利用者からの不満の声（とりわけ「医療者の対応の在り方」、「待ち時間に対する批判」）があったこと、またもう一方で、医療専門職が主導的に進める意思決定の在り方が、慢性疾患の相対的増加という背景の中にあって立ち行かなくなったことも要因として考えられている（松繁2010：7）。'patient partnership'を推進する医療機関の一つ Oxford Radcliff Hospitals NHS Trust は、医療サービスのユーザーの「好み、文化、信仰」を医療機関のスタッフは受け入れていく努力をしなければならないとしている。このように、patient partnership は生活者一般が保有するものを意思決定の一翼を担うものと想定している（松繁2010：7）。

「患者中心」の医療の普及背景には、生物医学モデルに偏重しすぎた疾患中心の医療に対する反省があり、疾患だけではなく、病いを体験している人として患者を包括的に診るという動きがあった。ここからは、「生物医学モデル - 患者中心モデル」「疾患中心の医療 - 患者中心の医療」「disease（疾患） - illness（病い体験）」という二項対立が構図として見え、それに伴い、医師 - 患者関係も上下関係から対等関係（パートナーシップ）を目指す方向に変化していた。

2. 「患者中心の医療」の概念

次に「患者中心の医療」の概念を整理し、患者中心の医療とは何かを探ることとする。

患者中心の臨床技法は、アメリカの心理学者ロジャースが提唱したクライアント中心療法（精神治療的概念）や看護における Newman と Young の患者問題への全人的アプローチ、また作業療法における二身体法と共通するものが多い（スチュワート2002：31）とされている。患者中心の医療と類似する言葉には、お好み医療やオーダーメイド医療、またお任せ医療や個人医療といった言葉（渥美2001：14）がある。これらは、どれも専門職を主体としたものではなく、個々の患者に焦点を当てたものであることは共通している。

松繁（2010：2）は、「患者中心」という言葉については広く共有されるような定義は存在せず、概念自体が曖昧な成り立ちをしていると述べている。患者中心という言葉そのものから連想されることは、患者を主体に据えた関わりということである。患者の対義語として、治療者といった専門職があげられるが、「患者中心の医療」で対比される言葉は「疾患中心の医療」であり、人を指すものではない。「医師中心」と表現し対比しているものもあるが、それは疾患中心とも置き換えられており、患者と専門職との関係性を論じようと

するよりも、何を専門職が対象とするかということに焦点が当てられていることが分かる。つまり、「患者中心」は「人間」を、「疾患中心」は「疾患」をということであり、これまでの医療の対象は疾患という生物学的な視点という狭小化されたものを対象としていたが、今後は病いを患う人間を対象とし、視野を拡げたことになる。

3. 医師と患者の患者中心の医療への捉え方の違い

患者中心の医療の概念は単純には上記に見た生物学的視点との対比での主張であるが、しかし同じ「患者中心」という主張であっても、医師がその様に主張するのと患者側がその様に主張するのでは位相が異なる事が見られる。以下にその違いを見る。このために、1986年に Levenstein が発表した医師側が捉えた患者中心の臨床技法について、また1987年にボストンで患者や家族に調査した「患者中心の医療のためのピッカー・コモンウエルス・プログラム」について紹介し、これらの患者中心の医療の捉え方の比較を行う。

3-1) 「Levenstein による患者中心の臨床技法」と「患者中心の医療のためのピッカー・コモンウエルス・プログラム」

3-1-1) Levenstein による患者中心の臨床技法

1986年に、Levenstein のグループが、Family Practice 誌に掲載した有力な論文として、「患者中心の臨床技法」を発表し、この論文で現代的で思いやりがあり総合的な技量について定義した、診察に関する考え方や記述の仕方を発表している（ローナー2005：195）。Levenstein が彼自身の臨床で展開し、さらに西オンタリオ大学で発展した患者中心のモデルと技法は、患者中心のプロセスに関する

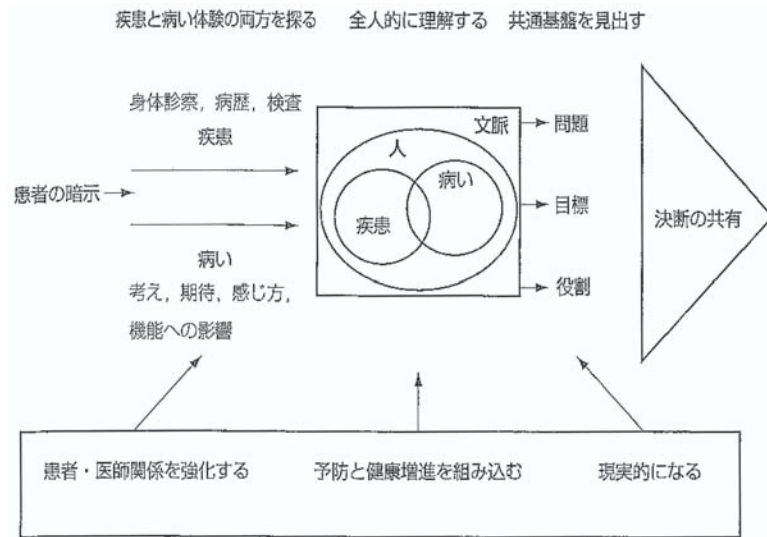


図1 Levensteinによる患者中心の臨床技法

(出所) スチュワート 2002.

6つの要素があり、これらは複雑に入り組んでいる（スチュワート2002：31-32）。（詳細は図1、表2参照）

1. 疾患と病い体験の両方を探る
2. 全人的に理解する
3. 共通基盤を見出す
4. 予防と健康増進を組み込む
5. 患者・医師関係を強化する
6. 現実的になる

3-1-2) 患者中心の医療のためのピッカ・コモンウェルス・プログラム

また、1987年にボストンのベス・イスラエル病院とハーバード大学医学部で「患者中心の医療のためのピッカー・コモンウェルス・プログラム」を実施し、患者自身が考えるニーズと関心に焦点を当てた病院医療や医療・介護サービスへの取り組みを促進し、病気や入院を経験した際に、より人間的なケアを受けられるようなケア・モデルを探索した（ガータイス2001：222-227）。患者と医療サービス提供者や医療システム、医療施設との相互関係とはどのようなものか、ボストン周辺の病

院を最近退院したばかりの患者とその家族に対し3組のフォーカスグループを組み、それぞれの入院体験について話し合ってもらった。全米の患者の意見と大きく違ってないかを確認するため、この討議をもとに簡単な質問リストをつくり、全米各地の5つの病院を退院した患者50人と、その家族もしくは親しい知人50人を選び、自由回答による電話インタビューを行った。さらに、医師および病院スタッフで構成するフォーカスグループを対象とした調査や、関連文献の検討を行い、患者が体験した医療の状況を解明した。これらを集約して得られたものが次の7つの基本的な視点である（ガータイスら2001：5-11）。（詳細は表2参照）

1. 患者の価値観、意向、ニーズの尊重
2. ケアの連携と統合
3. 情報、コミュニケーション、および患者教育
4. 身体の苦痛の解消
5. 心情的支援と恐怖、不安の緩和
6. 家族と友人の関与
7. 転院・退院とケアの継続性

表2 医師と患者からみた患者中心の医療の比較

| Levenstein（医師）による患者中心の臨床技法 6つ | 患者側からみた患者中心の視点 7つ |
|---|---|
| <p>1. 疾患と病い体験の両方を探る すべての患者の不健康の2つの要素である疾患と病いを医師が理解する。“患者の世界に入っていく”ことのできるような面接技術が要求され、患者の考え、期待、感じ方、機能への影響についての暗示に注意深くならなければならない</p> | <p>4. 身体の苦痛の解消 ・疼痛管理 ・日常生活動作の介助 ・病気や施設的环境</p> <p>5. 心情的支援と恐怖、不安の緩和 ・病状、治療、予後に対する不安 ・病気が患者自身と家族に及ぼす影響に対する不安 ・病気によって生じる費用負担に関する心配</p> |
| <p>2. 全人的に理解する 人間全体の総合的理解が求められている。医師は患者の人間全体を知り始め、患者の人生の段階や個人的発達段階の文脈における患者の疾患と病いの体験を理解することになること、また家族にも焦点をあて患者の取り囲む環境にも視野を拡大させ、患者の総合的理解に努めている</p> | <p>1. 患者の価値観、意向、ニーズの尊重 ・生活の質（QOL） ・意思決定への参加 ・個人の尊厳 ・患者のニーズと自主性</p> |
| <p>3. 共通基盤を見出す 医師が問題を定義し、マネージメント目標や保証しているケアに潜む役割をはっきりと表現することから始まり、（a）何が問題で何を優先するのか、（b）治療の目標は何か、（c）医師と患者の役割は何か、この3点について共通基盤を見つける。両者の考えは大きく隔たった見解をもっているが満足のいく解決を見つける過程は取引や交渉の1つというよりはむしろ、心を通わせ、両者の考えを合意に向かわせ共通基盤を見出す。しかし、医師と患者の視点の間には潜在的な衝突があり、真の一致というものは難しく、この考えは“契約”に近い</p> | <p>6. 家族と友人の関与 ・家族と友人への配慮 ・医療上の決定における家族の関与 ・介護者としての家族への支援 ・家族のニーズに対する認識</p> |
| <p>4. 予防と健康増進を組み込む 予防と健康増進を“日常”外來の診療の一環に取り組む。患者と医師が共同で前向きな努力をすることを要求する。健康増進と疾患予防は患者中心のケアを必要とし、また患者中心主義はこれらを促進すると捉え、患者が健康のための活動にどれだけ納得し参加できているか評価する必要がある</p> | <p>3. 情報、コミュニケーション、および患者教育 ・病態、進行状況および予後に関する情報 ・治療のプロセスに関する情報 ・自助、セルフケア、および健康増進に必要な情報と教育</p> |
| <p>5. 患者・医師関係を強化する 患者と医師の関係性の強化に着目し、互いの共通基盤を見出すために、医師と患者がケアにおけるパートナーとなる必要がある。それぞれのパートナーシップは独自の、数多くある問題のそれぞれの次元に応じ、時の経過によっても変化すること、またさまざまな程度の支配を用いた順列と組み合わせを含んでいる。結果として生じる治療同盟関係は、患者の自己効力感に関係している</p> | |
| <p>6. 現実的になる 医師は時間を効率的に使うことを学ぶことや資源を配置しチームワークを保つための技術を発展する必要がある</p> | |
| | <p>2. ケアの連携と統合 ・臨床的ケアにおける連携と統合 ・周辺支援サービスにおける連携と統合 ・「現場」の患者ケアにおける連携と統合</p> |
| | <p>7. 転院・退院とケアの継続性 ・情報 ・サービスの調整と計画 ・支援</p> |

3-2) 医師と患者からみた患者中心の医療の比較

医師が捉える患者中心の医療と患者側が捉えるものと表2によって比較した結果、共通点と相違点がいくつか見られた。

共通点は、患者の価値観、意向、ニーズの尊重といった患者を疾患だけで捉えるのではなく全人的に知ろうとする点や痛みや恐怖、不安といった患者が感じている病い体験を知るということである。また、全人的に理解するなかには、家族や友人といった患者を支える人的な環境を把握することも含まれている。

相違点は、患者側からみた患者中心の医療では、「転院・退院とケアの継続性」と退院や転院後の生活であってもケアが継続するよう支援を求めており、時間的な経過も含まれているが、医師側からみた患者中心にはこれがない。また、入院中の他職種との連携に関しても、医師側からみた患者中心では連携をとることの重要性は述べつつも、あくまで医師が診療を行いやすくするための連携を求めたものであり、患者が望む他職種間の連携とはなっていない。さらに、医師側からみた患者中心の医療では患者・医師関係を強化することに着目し、パートナーシップ関係を築こうとしているが、患者側が求める患者中心の医療ではこのような関係性を特に求めている。

これらの比較から見てきたことは、医師側からみた患者中心の医療の場合、患者を診療していく医師の思考プロセスに基づいた医療であるため、病院という環境や退院・転院までの時間的な流れまでを踏み込んだ包括的な内容とはなっていない、限定的な患者中心の医療と言え、本来患者が求めている入院中の職種間の連携に関する問題や退院後の継続的な医療における不安という視点は抜け落ちていることが分かる。また、医師と患者の関係性に関しても医師は患者との共通基盤を見出すために、パートナーシップという共同関

係を築こうとしているが、患者は「ニーズの尊重」や「意思決定への参加」を求めているものの、医師とどのような関係を築きたいかという関係性のあり方については特に触れていない。

このように、医師が捉える患者中心の医療は、患者中心と言いながらも医師側からみた患者中心の医療でしかなく、患者自身が求める患者中心の医療とは視点が異なることが明らかとなった。

これを踏まえ、以下、「患者中心の医療」という理念的主張に対して批判なり疑問なりを呈する事になる他の幾つかの観点について、見ることにする。

4. 患者中心の医療に対する批判

患者中心の医療の診療方法に関し、NBM (Narrative-based medicine) を推奨する John Launer は、いくつかの疑問を述べている。一つは患者の自己表現の要求と医師の専門家としての責任の両方に配慮するということをどのように協議するかということ、二つめは、個々の診察での特異的な出来事に対するその時その時の診察スタイルの調整法をどのように医師は判断しているのかということである。ナラティブの視点では、患者はしばしば協議事項を持ち込んでいるというよりもむしろそれを捜し求めていると捉える。しかし、患者中心の医療では、患者の協議事項が前もって完璧に準備され、それは普遍であるかのように説明がされている（ローナー 2005：196-197）。

また、社会学者の Armstrong は、患者中心の方法は「よきプライマリケア」として規範的となってきたが、これは単に医師がどれだけうまく調査や管理を自分の専門領域に広げようとしているかということを裏づけているにすぎないと批判している。医師への信頼を想定できない、あるいはどの検査方法を行

うべきかという選択をする際の医師の権威に異議が唱えられているような世界では、このやり方は決して受け入れられないであろう（ローナー2005：195-196）と述べている。

John Launer が一つ目に指摘している患者の自己表現の要求と医師の専門家としての責任という両方に配慮することへの協議についてであるが、これは筆者も冒頭に投げかけた患者中心の医療に対する疑問と一致する。医療従事者と患者の健康の視点は一致するのか、後にカンギレムを用い論ずるが、患者と医師との間に相違が生まれた場合、それを患者中心の医療ではどのように共通基盤を見出し、解決していくのだろうか。患者中心の医療であり続けることと、専門家としての責任というものの間の協議をどのように折り合いをつけているのか不透明である。

また、患者中心の医療では、生物学的な視点だけに留めず、患者の置かれている社会的な背景、患者の興味や価値という内面的な部分まで広く情報を収集し、全人的に患者を理解しようとする。しかし、この全人的な理解というものは、Armstrong が指摘するように、医師がどれだけうまく調査や管理を自分の専門領域に広げようとしているかとも捉えられる。そうであるならば、患者を全人的に知ったことで、より管理しやすい状況下に置き、さらなるパターンリズムが形成されていてもおかしくはない。

5. 当事者主体の活動と患者中心の関係性 —英国 EPP と「べてるの家」の当事者研究から—

患者中心の医療を語る上では、当事者主体の活動と患者中心の思考との関係性についても着目すべきと考え、英国で行われている EPP（expert patients programme）や「べてるの家」の当事者研究についてふれいくこととする。

5-1) 英国の EPP（expert patients programme）と患者中心モデル

英国では1990年代から‘patient partnership’（患者と専門職とのパートナーシップ）という概念が求心力をもつようになった。それは、医師－患者間のヒエラルヒーを解消し対等に意見交換を行うことにより治療を進めていくことを目指すものであり、その一つの取り組みが EPP である。以前は、英国保健省と NHS（英国国民保健サービス）が主導していたが、2006年からは NHS の財政枠組みからは切り離され、独立事業体として経営が行われるようになった。

EPP は、慢性的な症状を持つ人々が、その症状に上手く対処しながら、社会生活を送っていくためのスキルを獲得するために作られたトレーニング・プログラムで、アメリカ合衆国のスタンフォード大学において開始された患者の自助のためのトレーニングプログラム Chronic Disease Self Management Program（CDSMP）をモデルとしている。「Expert Patients Programme」の名称のとおり、患者を「専門能力」を持つ者（expert）として規定している。そのため、トレーニングは、「患者歴」の長い患者が指導員として「患者歴」の比較的浅い患者をリードする形式をとっており、また、運営事務に至るまで基本的に慢性疾患患者が行うなど、lay-led（素人主導）であることの徹底を図っている（松繁2010：87-89）。その効果は、2003年から2006年までの間にコースを修了した約1000人の人々を対象に内部調査をしたところ、プログラムが参加者の健康改善に効果があることが確認され、また医療サービスへの依存度が減少したと言われている（松繁2010：88）。

医療社会学研究を行う Bury はこの調査対象者は、途中でこのコースを脱落することなく修了した人々であり、コース内容が自身の志向に適合した人々であり、また、自らの健康状況・健康管理行動の改善に意欲的な傾向

のある集団である可能性は否定できない。また、EPP に関する研究調査はもっぱら医療的・公衆衛生的観点からのアセスメントである一方で、「このコンセプトが参加者にどのように受け取られているか」「EPP が提示する患者像はどのようなもので、どのような社会の反応を受けるものであるのか」などのような社会学的視座から考察される機会もたれていない（松繁2010：88）としている。

このことから、EPP は患者主導で行われているものの、それはあくまで国の方針を理解し同意した限られた人を対象としたプログラムであると言える。

5-2) 「べてるの家」当事者研究と患者中心モデル

次に、当事者が活動しているものとして「べてるの家」で行われている「当事者研究」について述べる。「べてるの家」は当事者団体として、一部には医療批判を含んでいるが、実際は地域基幹病院の精神科と密接な関係を維持しつつ活動している。

精神疾患を患う患者が過度な薬依存と専門家依存にある現状から、当事者自身が幻覚や妄想の症状に一方的に振り回されるのではなく、症状そのものをコントロールする力を獲得し、生活上のさまざまな生きづらさを「研究」することで、生きる勇気を取り戻せる（向谷地2008：42）よう始めた取り組みが「べてるの家」の「当事者研究」である。

「当事者研究」を行っているのは、当事者や同じ悩みを抱える仲間であり、それをソーシャルワーカーや精神科医といった専門家がサポートしている。当事者研究を行う上でのポイントは、①＜問題＞と人との、切り離し作業、②自己病名をつける、③苦労のパターン・プロセス・構造の解明、④自分の助けや守り方の具体的な方法を考え、場面をつくって練習する、⑤結果の検証（向谷地2007：3-5）である。

この研究では、①で行われている当事者が抱える問題を一度外在化（向谷地2009：135）するというのが一つの特徴である。これは、Levenstein による患者中心の医療の臨床技法の中の共通基盤を見出す過程で、医師や患者は互いに相手を攻めるのではなく、問題そのものを患者から切り離し、共に問題を攻める（スチュワート2002：61）という考えに類似している。

当事者自身の主観的な理解や対処方法ではできるだけ尊重し、ユニークで、当事者自身にとって有益な方法やアプローチの仕方を、自由に話し合う（向谷地2006：69）機会を設けている。現実の生活の中で般化されるよう Social Skills Training（以下、SST）などを活用し、「実験」という名称で日常生活のなかで検証していく。その結果を再度、皆で話し合うという流れが「当事者研究」である。ここで活用している SST は、認知行動療法の一つ（岩本1997：62）であり、当事者研究も認知行動療法という治療の一形態と言える。専門家は、当事者がエンパワーメントするようサポートし、あくまで「当事者自身が『自分を助けること』を助ける」のが、援助者の基本的なスタンス（向谷地2009：24）である。「当事者研究」の成果は、さまざまな書籍で紹介されており、「べてるの家」では「当事者研究」が推進されていることが窺える。そのため、そこには対象者に当事者研究をさせたいという専門家の思惑、意図が見え、そこにのらない対象者に対しどのような関わりをもっているのか、疑問が残る。

以上、英国の EPP の取り組み、また「べてるの家」の当事者研究という二つの当事者による活動をみてきたが、どちらも当事者のみで発足した活動ではなく、専門職や国が絡んだ活動であり、ある思惑に誘導されているように感じられる。これまでの医療社会学研究はこれら「当事者本位」を掲げた取り組みの実践面について批判的な考察を行っている。

Bury は、このような取り組みの発起人が医療者・為政者であることが少なくなく、その運営も少なからず医療関係者によって行われている状況の中に「トップダウン」構造があることを指摘している。さらに、意思決定の主体的役割を果たす患者モデルを示しながら、変化しつつある患者の健康行動と現状のサポート実践との「距離」を示唆する研究が蓄積されてきている（松繁2010：86）。

当事者のみで全て行うことが当事者の利益に繋がるかという問いは、難しい問題ではあるが当事者が実践している活動全てが患者中心、患者主体の活動であるとは言いきれない現状があるのは事実である。

6. インフォームド・コンセントと患者中心の医療

患者中心の医療とインフォームド・コンセント（以下、IC）は同じ概念であるのか、各々の概念とその関係についてみていきたい。一見するとICは医療における「説明と同意」の過程において最終的に患者側が同意をするかどうかという決定権を握っていると考えられるので、患者の主体性・主権が保障されるという意味で、患者中心の医療と同義とも捉えられるが、以下に検討を加える。

Levenstein による医師が捉える患者中心の医療の臨床技法は、「疾患と病い体験の両方を探る」、「全人的に理解する」と、まず医師が患者を疾患だけではなく、全人的に患者を理解することから始まり、医師と患者が「共通基盤を見出す」ことで、決断を共有するという過程を辿る。

ICは、医療従事者が患者に治療方針などを説明し、納得が得られれば患者が同意するという流れであり、何らかの方向性を示すという点では、患者中心の医療での「共通基盤を見出す」と同じ過程である。しかし、ICは患者の疾患を巡る情報が中核であり、患者中

心の医療でみられる患者を全人的に理解するという概念はない。従って双方で検討される焦点の広がりにおいて、患者中心の医療の方がICよりも広い概念と捉えることができる。

次に治療の方向性を見出すための医師と患者のやり取りや最終的に治療を決定する際の最終決定権はどのように捉えられているのか、双方の見解をみていく。

ICが成立するためには、（1）患者の同意能力、（2）患者への十分な説明、（3）患者による説明の理解、（4）患者の自発的な同意という4つの要件を満たされなければならない（前田2005：4）とされている。医療従事者が患者に説明すべき事項は6点あり、1．患者の病名・病態、2．これから行おうとしている医療の目的、必要性、有効性、3．この医療の内容、性格、4．この医療に伴う危険性とその発生率、5．代替可能な医療とそれに伴う危険性およびその発生率、6．何も医療を施さなかった場合に考えられる結果（前田2005：16）である。これらのIC成立条件及び説明内容の範囲は、およそ通説として成立している。また、これらを説明する際に医療従事者は、患者が理解できるよう専門用語や難解な言葉を使用しないといった患者に合わせた説明方法が求められている（前田2005：17）。患者は医療従事者の説明を聞き、分からない点があれば質問をし、説明を理解した上で同意の有無を患者自身が最終的に決断する。

患者中心の医療では、医師が患者の疾患と病い体験の両方を探り、患者を全人的に理解した上で、今後の治療に向け互いに共通基盤を見出し、決断の共有をはかる。共通基盤を探ることは、医師と患者の双方が行うこと（スチュワート2002：34）とされている。この過程では、医師と患者の観点の間には潜在的な衝突があり、真の一致というものは難しく、この考え方は“契約”に近い（スチュワート2002：60）と強調されている。

共通基盤を見出すプロセスは、医師が問題を定義し、マネジメント目標や保証しているケアに潜む役割をはっきりと表現することから始まり、その後、互いの言い分を議論する。議論をする際には、(a) 患者が質問したり関心事や問題点を提起する機会を持つこと、(b) これらの質問、関心事、問題点を話し合うこと、(c) 患者も医師も問題を定義し、話し合ったマネジメントの目標の一致点について明白に表明すること（スチュワート2002：66）とされている。

医師が問題を定義し、マネジメント目標や保証しているケアに潜む役割をはっきりと表現する点に関しては、ICの説明事項と類似している。また、医療従事者と患者が互いの立場で説明し、質問を投げかけ、議論することに関しても、共通していると思われる。しかし、最終的な結果の導き方に関し、患者中心の医療では、双方の目標を一致させるよう努力するが、ICでは、医療従事者は患者が理解しやすいように説明、説得はするが、双方の目標を一致させようとはしない。ICでは、患者の自律的選択を可能にすることが、もっとも重要な目標であり（フェイドン1994：19）、説得に基づくすべての選択や行為は非支配である（フェイドン1994：211）とされている。ICの源は、「自分の命は自分のものであり、身体や心の健康、命に関して決めるのは医師でも家族でもなく、自分自身である」とし、「患者の自律」と「患者の権利」（谷田2006：14）を尊重し、最終決定権は患者が所有している（図2）。

患者中心の医療では、自律性の尊重に関して強調しておらず、あくまで医師と患者がパートナーという関係で、共通基盤を見出していくことに焦点を絞っている。そのため、互いの話し合いにより治療方針を決定していく為、最終決定権が果たしてどちらにあるのかは不明である（図3）。

以上から、「患者中心の医療」という概念

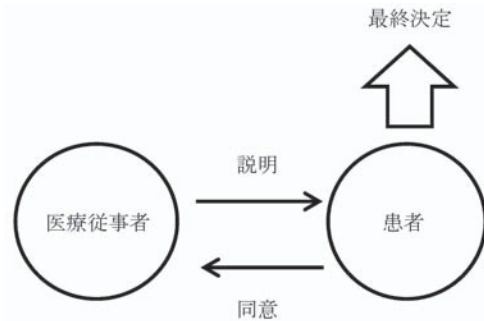


図2 インフォームドコンセント

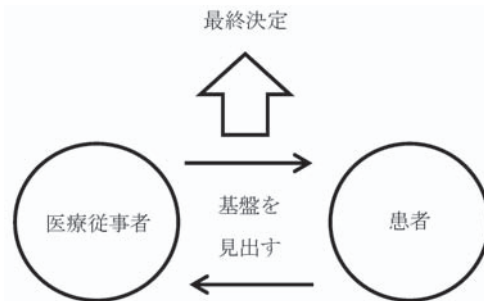


図3 患者中心の医療

は「疾患と病い体験の両方を探る」、「全人的に理解する」という過程があることから、情報の焦点の範囲においてICの概念より広いことが分かった。さらに患者と医療従事者のやり取りに関しては共通する点があるものの、最終決定権に関しては、ICは患者が所有するが、患者中心の医療ではそれが不明であった。そのため、決定事項に対する責任の所在がICでは患者側にあるが、患者中心の医療では、パートナーシップという対等な関係を築き共通基盤を見出すことから、責任の所在に関しても不明確であると示唆される。

7. 具体的患者－合理的患者、具体的医師－合理的医師 4象限

上記のIC概念には、医師からの説明内容がおおよそ確定していること、患者側から主体的に疑問を提出する事ができることが含まれているが、この医師－患者関係は、医師一般・患者一般として捉えてよいか、それとも

個別具体的人間として捉えてよいかという疑問がわく。つまり、医師－患者関係を検討する際に、それぞれを合理的存在と捉えるか、あるいは個々の事情を背負った具体的存在と捉えるかが問題となる。双方の交渉を考える場合にも、この捉え方によって交渉で要求される情報が異なる。インフォームドコンセントの場面で考えれば、患者には当該患者が置かれた状況から合理的な患者であれば重要視するであろう情報を必要とする「合理的患者」や当該患者が重要視する情報を必要とする「具体的患者」がいる（藤山2006：8）。また医師のなかにも医師の間の一般的慣行から通常の医師が説明する情報を提供する「合理的医師」や一般的慣行を無視した形で情報提供しようとする「具体的医師」（藤山2006：8）もいる。

臨床では「具体的患者－合理的患者」を対象に「具体的医師－合理的医師」が治療にあたっており、4象限のパターンが展開されていることが分かる。患者中心の医療はこの4象限のどれに属するのであろうか（図4）。

合理的な医師であれば、合理的な患者に対し一般的な医学情報を提供するであろう。しかし、合理的な医師であっても具体的患者の

治療は要求され、具体的患者が要求する情報を提供しなければならない。第1象限が患者中心の医療にあたると考えられる。患者は、自らが重視する情報が開示されてこそ真に自己決定できる。医師は患者の視点に立ち、当の患者が何を重視しているのかをできるだけ把握するよう努めることが望まれる（前田2005：8）

さらに、具体的な医師であっても合理的患者には合理的な説明、また具体的患者に対してはその患者が望む情報を提供出来なければ患者が満足する医療は成立せず、患者中心の医療は困難となることが予測される。

8. 医療従事者と患者の健康の視点（定義）は一致するのか

これまでは、主に医療従事者（特に医師）と患者の関係の性質の捉え方を見てきたが、おそらく両者の関係を検討する際に最も重要な観点は、両者の健康観もしくは健康に関する定義の違いであろうし、この違いが両者の権力関係をあらわすものともなる。つまり、患者が捉える不健康（病気）及び求める健康と、医師が捉える不健康（疾患）及び目指す

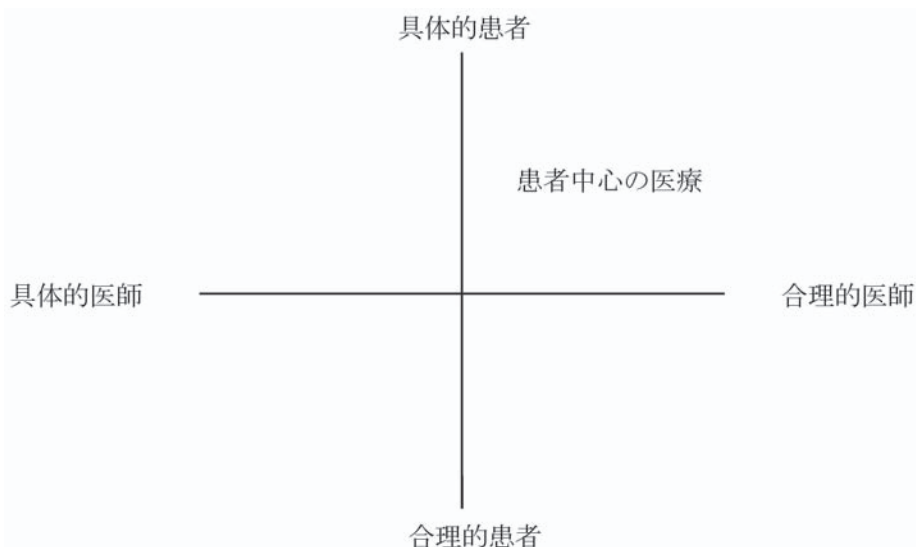


図4 患者と医師関係

べき健康（つまりそれぞれの健康観）に一致がないとするときに、どちらの健康観が両者の関係を統制することになるかという問題である。

この点で刺激的な論を展開しているのが、フランスの科学認識論を生命科学や医学の領域へ広げた哲学者、カンギレムである。彼は『正常と病理』のなかで、ルリッシュの“健康”や“病気”の定義についてふれている。

《健康は、器官の沈黙の中での生活である》。逆に、《病気は、人間たちをその生活の正常な営みや彼らの仕事の中で妨げるもの、とりわけ彼らを苦しめるものである》。さらに、健康状態とは、自分の身体について意識しないことである。逆に、健康に対する限界感や、脅威感や妨害感の中では、身体についての意識が与えられる（カンギレム1987：70）。ルリッシュは、器官の沈黙が必ずしも病気の不在と同じでないこと、および、有機体には器官について長い間気づかれずにいる機能的障害や機能的攪乱が存在し、その器官の生命を危険にさらしていることを、示している（カンギレム1987：71）。

さらにカンギレムは、生理学に従うのであれば、病気とは、有機体の「攪乱されていない」機能を示す平均からのずれでしかなく、重要なことは実存におけるドラマとして病気を生きる病人からの視点をとることである（ルクール2011：52）と述べている。人は他人とひきくらべて病気であるだけでなく、自分との関係によっても病気である（カンギレム1987：117）。正常と病理に関するさまざまな価値は、個人によって異なり、最終的に問題となるのは、患者が自分の生をどう考えるかに応じた患者の主観的評価である（ルクール2011：52）。そのため、生理学的には異常との判断が下されたとしても、個人が異常を感じず、環境における規範的な能力「環境と自己との関係を正常化する能力」（ルクール2011：52）、「生の歩調」がとれているのであ

れば、問題にはならないということになる。

さらに、カンギレムはルリッシュの理論に基づき、本人の訴える病理的故障なしに、殺人か衝突事故で命を断たれた男の例をとりあげている。臨床上の確率によれば、苦痛が病気の存在をやっと訴えるようになるような癌の進行した段階以前に、生命を終えてしまったから。その男の意識の中に決して存在しなかった病気が、医学という科学の中で存在し始める。「科学には、さいしょに意識にのぼらなかったものは何もない」、とくに、当面している事例では、病人の立場が結局のところ真実である（カンギレム1987：71-72）。また、カンギレムは、自分は正常でない—つまり、今までと同一でないとか苦しいとか—と訴えていた人たちによって、臨床医の注意がある症候に—とりわけもっぱら客観的な症候に—向けられたときが、いつも存在していた。たとえ今は、病人が医者を実感するよりも先に、医者の方が病気を知ることができるとしても、それは、かつて病人が医者を刺激し、医者に訴えたからである。だから、まさに、病気だと感じる人たちがいるから医学があるわけで、医者がいるから人びとが彼らから自分の病気を教えてもらうのではない（カンギレム1987：72）。何よりもまず、人間が自分を病気だと感じるから、医学が存在する。医学が存在するから、人間が自分がどんな点で病気なのかを知るといのは、二次的にすぎない（カンギレム1987：211）と述べている。

このように、カンギレムは健康の定義は、あくまで本人の捉え方により異なるものであり、本人の視点が真実であり、医学は二次的なものにすぎないことを指摘している。ここで、改めて「患者中心」の医療についてカンギレムの視点を踏まえ再考すると、患者側が不調を訴え医療機関を受診したが生理学上何も発見されなかった、または検診などで生理学上異常が発見されるが患者が不調を感じないといった、患者と医療従事者の健康観の乖

離を、「患者中心」の医療はどのように扱うのであろうか。患者を主体に考えるのであれば、カンギレムが述べるように医療従事者側から病気の科学を形成するのではなく、あくまで患者の視点から形成すべきではなかろうか。患者中心の医療では、医療従事者と患者の共通基盤を見出し治療していくが、個人によって異なる正常と病理の価値をどのように折り合いをもたせているのだろうか。カンギレムは、「病気に苦しんでおり、そして病気が苦しめている患者からの視点と、病気のうちに生理学が説明することのできないものは何も見出さないという科学者の視点は混同されてはならない」（ルクル2011：41）と述べている。双方の視点が（次元的に）違うことを医療従事者側が認識することは可能であったとしても、そこにずれがあった場合、患者中心の医療では共通基盤を見出す際にどう解決するのだろうか。そこに医療従事者のパターンリズムは存在しないのか。

医療従事者が健康に関する患者の視点や定義との（次元的）違いに気付いたとしても、医療のもつ分析的視点及び医療の言語の権力を医療従事者が捨てる（使用しない）ことができれば、患者中心の医療が成立するかどうか疑問となる。しかし、果たして医療従事者は医療の言語を捨てることができるのだろうか。医療従事者が患者と交わす言語ゲーム（行岡2012：103）は、患者中心の医療を目指した言語に変換したとしても、医学が基盤であるため医療の言語そのものを捨て去ることは不可能であると考ええる。また、医療従事者と患者の関係は、医学の知識がある者となない者という権力構造であり、それは言語ゲーム（のルール環）の生成・消滅を支配する（橋爪1985：145）ものでもある。

結語

近年、多く聞かれるようになった「患者中

心」の医療について、その普及に伴う背景や「患者中心」の医療の定義について文献調査を行った。

患者中心の医療は、医師をはじめ、さまざまなコメディカル分野で重要視され理想的な姿として主張されていた。患者中心の医療の普及の背景には、これまで医学モデル（生物医学モデル）を重視し、人間を無視してきたことへの反省や患者からの医療サービスに対する不満の声、また慢性疾患に対し医療従事者が立ち行かなくなったことがある。このような背景から、疾患のみならず、病い体験をしている人を全人的に捉える動きへ医療及びその関連領域がパラダイムシフトすべきという主張であった。

しかし、文献調査の結果、以下に示すような批判・疑問が提示されており、今後に解明を待つ問題の所在として示すことができる。

第一に、患者中心の医療で使われる「患者中心」という言葉は、広く共有されるような定義は存在せず、概念自体は曖昧であり、何をもって患者中心の医療と言えるのか十分な回答はない。単に患者の言い分に耳を傾けることなのか、患者の価値観の尊重なのかと言う問題である。またこれは、単純なパートナーシップ論に帰着することなのかという問題でもある。

第二に、「患者中心」の医療を主張しているのは医療従事者であり、当事者側から発せられたものでは決してなく、医師が捉える「患者中心」の医療と患者が捉える「患者中心」の医療の比較では相違点がいくつかみられ、当事者である患者が主張する「患者中心」の医療と異なる現状が浮上した。このような相違から、「患者中心の医療」を掲げながらも、専門職側の独りよがりな「患者中心の医療」が実践されているという実態が垣間見えたと言える。

第三に、患者中心の医療では、患者の価値観を医療従事者がパートナーシップ関係を築

き傾聴し理解しようと努力するが、患者が抱えている問題の背景を、専門家がより理解しやすくなるものの、医学モデルから逸脱する患者の価値観を患者中心の医療はどこまで容認するのか、明確な答えはなく、共通基盤を見出すという曖昧な結果に集約されていた。ここから第四に、患者中心の医療ではICのように最終決定権が明確ではなく、責任の所在が明らかではないため、互いの意見に相違があった場合、医療という言語体系に力のある医療従事者に大きく影響されると考えられる。そのため、医療という言語体系において、交渉能力をもたない患者はそれに屈せざるを得ない構図が見えてくる。これでは、これまでの疾患中心の医療からは脱却できておらず、パターンリズムが最終的には展開されていてもおかしくはない。

そもそもカンギレムが述べるように、正常と病理の価値観は、病いを生きる患者と生物学的視点で分析する医療従事者とは異なり、医療従事者が患者中心の視点で患者を理解したとしても最終的な判断は生物学的視点によるものである。医療従事者が健康に関する患者の視点や定義との違いに気付き、医療従事者と患者が交わす言語ゲームを患者中心の医療に合わせ変換したとしても、医療従事者が医学を基盤とする医療の言語を捨て去ることは困難であり、患者中心の医療そのものが成立するかどうかは疑問であると言わざるを得ない。この点は非常に重大であり、医療の言語が患者の言語を吸収・駆逐するのか、あるいは、患者の有する健康観、健康の定義の上に分析的医療の言語が適応できるか否かを検討する問題が残るのである。更にこの問題は、生物医学モデル－患者中心モデル、Dis-ease－Illnessといった二項対立図式それ自体の問題性に関わると言えよう。

引用・参考文献

- 渥美和彦、廣瀬輝夫（2001）：『代替医療のすすめ 患者中心の医療をつくる』日本医療企画。
- アブデラ、ベランド、マーチン、マセニー（1963）：『患者中心の看護』千野静香（監訳）、医学書院。
- フェイドン、ビーチャム（1994）：『インフォームド・コンセント患者の選択』酒井忠昭、秦洋一（共訳）みすず書房。
- 藤山雅行（2006）：『判例にみる 医師の説明義務』新日本法規出版。
- 藤村健夫、清野洋、清水夏恵、田中裕、村上修一、真島一郎、片桐敦子、村松公美子、松村芳幸（2009）：「非24時間睡眠覚醒障害のために社会生活が困難となっている患者への対応」、『心療内科』13巻3号、264-268。
- 古井克憲（2007）：「重度知的障害者の居住支援—パーソン・センタード・プランニングにアクティブサポートモデルを導入したグループホームにおける支援—」、『社会福祉学』第48巻第2号、92 - 105。
- ガータイス、エッジマン・レヴィタン、デイリー、デルバンコ（2001）：『ペイシェンツ・アイズ 患者中心の医療・介護をすすめる七つの視点』信友浩一（監訳）日経BP社。
- 原田千佳子、宮前珠子（2003）：「わが国におけるクライアント中心の作業療法の実践状況」、『作業療法』22（特別）、184。
- 原田千佳子、吉川ひろみ、近藤敏、上村智子（2001）：「作業遂行プロセスモデルを利用した事例報告」、『作業療法』20巻6号、590-598。
- 橋爪大三郎（1985）：『言語ゲームと社会理論 ヴィトゲンシュタイン・ハート・ルーマン』、勁草書房。
- 平上二九三（2010）：「新しい臨床実践モデルの紹介（医学モデルと障害モデルの結合、患者中心のアプローチと問題解決能力の向上）」『理学療法』第37巻第5号、380-386。
- 平井みどり（2008）：「薬学教育における模擬患者の活用について」『薬学図書館』53（3）、216-220。
- 薬師寺明子、渡辺勲持（2007）：「『本人主体を志向した支援』における促進要因と阻害要因—知的障害者グループホーム世話人を対象と

- して一』『社会福祉学』第48巻第2号、55-67。
- 五十嵐美和（2000）：「固定チームナーシングにおける看護ケアの満足度の調査（個別性と継続性に焦点をあてて）」『看護学統合研究』2（1）、49-56。
- 岩本隆茂、大野裕、坂野雄二（1997）：『認知行動療法の理論と実際』培風館。
- カンギレム（1987）：『正常と病理』滝沢武久（監訳）法政大学出版局。
- 加藤道夫、小久保裕司、村田大輔、益田秩帆、佐藤淳一（2009）：「上下顎の戦略的抜歯後ノーベルガイドシステムを使用し、上下無歯顎症例へのインプラント治療を行った1症例」、『鶴見歯学』35巻2号、107-114。
- 勝部直人、池田亜紀子、長谷川篤司（2012）：「昭和大学歯科病院総合診療歯科におけるPOSを基盤とした研修歯科医に対する教育システムの報告」、『日本歯科医学教育学会雑誌』28巻1号、23-34。
- 鍵井一浩（2012）：「医療機関におけるこれからの専門職チームの構築—医療と福祉の連携のための医療ソーシャルワーカーの役割」、『総合福祉科学研究』第3号、67-84。
- 菊地百美、斉藤淳、松本信哉、早川裕記、上島文江、益田仁美、佐藤陽子、古澤成博、槇石武美（2009）：「歯周治療における口腔関連QOLのアセスメントに関するパイロット研究」『日本歯科保存学雑誌』52巻2号、138-144。
- 小松浩子（2006）：「私たちが選ぶ時代に向けて（患者の乳がんチーム医療）」『聖路加看護学会誌』Vol.10No.1、61-67。
- 小泉俊三（2010）：「プライマリ・ケアアーカイブ（第1回）総合診療と医療人教育 医療変革のフロントランナーをいかに育てるか」『日本プライマリ・ケア連合学会誌』33巻4号、431-436。
- ルクルール（2011）：『カンギレム—生を問う哲学者の全貌』沢崎壮宏、竹中利彦、三宅岳史訳、白水社。
- Law（2000）：『クライアント中心の作業療法 カナダ作業療法の展開』宮前珠子、長谷龍太郎（監訳）、協同医書出版社。
- ローナー（2005）：『ナラティブ・ベイスト・プライマリケア—実践ガイド—』山本和利（監訳）、診断と治療社。
- 前田正一（2005）：『インフォームド・コンセント—その理論と書式事例』医学書院。
- 宮前珠子（2002）：「クライアント中心の作業療法と作業療法の学問的位置づけ」『作業療法』21巻6号、512-515
- 松嶋大、佐藤元美（2008）：「健康増進外来 糖尿病領域への患者中心の医療の実践」『プライマリ・ケア』31巻3号、165-170
- 松繁卓哉（2010）：『「患者中心の医療」という言説』立教大学出版会。
- 米良貴嗣、森秀和、兒玉直樹、宮田正和、岡孝和、辻貞俊（2008：309-314）：「母子間の会話における禁句の設定が奏効した体重17kgの神経性食欲不振症の1例」『心療内科』12巻4号、309-314。
- 向谷地生良（2005）：『べてるの家の「当事者研究」』医学書院。
- 向谷地生良（2006）：『安心し絶望できる人生』日本放送出版協会。
- 向谷地生良（2008）：『べてるな人びと第1集』一麦出版社。
- 向谷地生良（2009）：『技法以前べてるの家のつくり方』医学書院。
- 大松慶子、山田孝（2006）：「クライアント中心の評価を用いた経験～OSAとCOPM～」『作業行動研究』9巻1・2号、42-50。
- ランビー（1997）：『フォーカスチャータリング患者中心の看護記録』岩井郁子（監訳）、医学書院。
- スチュワート（2002）：『患者中心の医療』山本和利（監訳）診断と治療社。
- 高畑隆（2010）：「患者と作る医学の教科書」『埼玉県大紀』、143-148。
- 高島千敬、高木啓至、内山昌子、岸秀典、井上悟（2003）：「高齢下肢切断者のリハビリテーションにおける作業療法士の役割」『作業療法』22巻6号、569-576。
- 高木雅之、引野里絵、古山千佳子、吉川ひろみ（2012）：「保育園での作業療法士による評価と相談 School AMPSとCOPMを用いて」『作業療法』31巻1号、32-40。
- 谷田憲俊（2006）：『インフォームド・コンセント その誤解・曲解・正解』、NPO 医薬ビジネスセンター。
- Wiedenmayer, Summers, Mackie, Gous, Everard（2006）：『薬剤師業務のさらなる展開～患者中心のケアを目指して～』中山健夫（監訳）、メディカルドゥ。
- 行岡哲男（2012）：『医療とは何か 現場で根本

問題を解きほぐす』、河出ブックス。

吉川ひろみ、上村智子（1998）：「カナダ作業遂行測定（COPM）の使用経験」『作業療法』17巻3号、230-237。

吉田弘輝、内田由起子、曾我部保文、田口浩之、鴻上繁（2002）：「頸髄病変患者が持つ作業領域での問題点 COPM を用いた検討」『松山赤十字病院医学雑誌』26巻2号、79-82。

山内寿恵、山田孝（2005）：「クライアント中心の作業療法における叙述データの有用性」『日保雑誌』18巻2号、98-104。

〔Web ページ〕

文部科学省（2012）

（http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/47/siryo/attach/1315586.htm
2012/10/2）

